

SÍNDROME CONSTITUCIONAL: ENTIDAD CLÍNICA O CAJÓN DE SASTRE

S. Suárez Ortega
Medicina Interna
Hospital Dr Negrín.
Las Palmas de GC
26/10/2011- 15 h



Agradecimientos:

Organización del Congreso.

Congresistas asistentes.

Síndrome constitucional v S. general solitario v S. Tóxico

- **S.C.** No confundir con: sin cambios, sin comentarios o sin conclusiones.
- “Cajón de sastre” o “desastre de cajón”.



Declaración de Conflictos de interés: Ninguno

María Bentayga

Roque Nublo



SUMARIO:

- 1.- Generalidades.
- 2.- Etiología.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Pronóstico.
- 5.- Conclusiones.

Síndrome constitucional:

- Síndrome de las 3 A.



- 1.- Astenia.

- 2.- Adelgazamiento (involuntario).

- 3.- Anorexia.

- No se relaciona con las 3B:

- Bueno

- Bonito

- Barato



1.- ASTENIA

- Es la sensación de falta de energía, que suele dejarse notar incluso en reposo, aunque es más evidente durante la realización de ejercicio.
- Presente en el 25% de los pacientes que acuden a una consulta general.

- Los enfermos intercambian el término **Astenia** por **fatiga** o **debilidad** con diferentes significados para ellos:
- Fatiga: como cualquier factor que dificulte la actividad física. Ej: disnea, claudicación intermitente...
- Debilidad: como sensación de desmayo, mareo o inestabilidad.

- La astenia puede aparecer de forma:

1.- **Aislada:** carácter funcional (ansiedad).

2.- **Unida a otras manifestaciones inespecíficas de la enfermedad subyacente:** puede significar una enfermedad seria.

3.- **Unida a manifestaciones características de la enfermedad subyacente:** repercusión de la misma sobre el estado general.

| | ORGÁNICA | FUNCIONAL |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ETIOLOGÍA | Enfermedades somáticas | Fatiga fisiológica o psíquica |
| DURACIÓN | 1-2 meses | Varios meses o años |
| EJERCICIO/ REPOSO | ↑ con ejercicio ↓ con reposo | No relación |
| CURSO | Progresiva | Fluctuante |
| SÍNTOMAS ASOCIADOS | De la enfermedad subyacente | Mal definidos |

Velocidad de sedimentación **globular**:
Se realiza en un tubo de 200 mm de longitud.

VSG = 213 mm



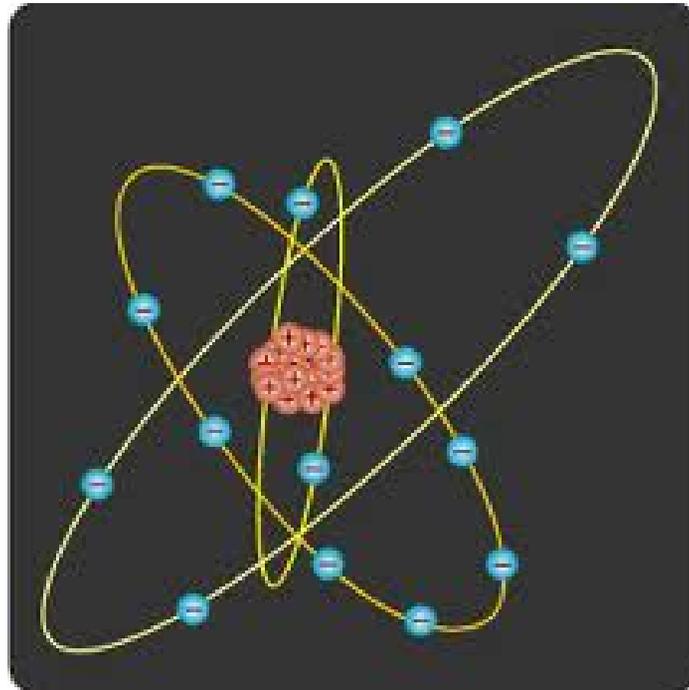
VSG = 213



VSG = 213

2.- Adelgazamiento

Involuntario: es el núcleo del Síndrome constitucional



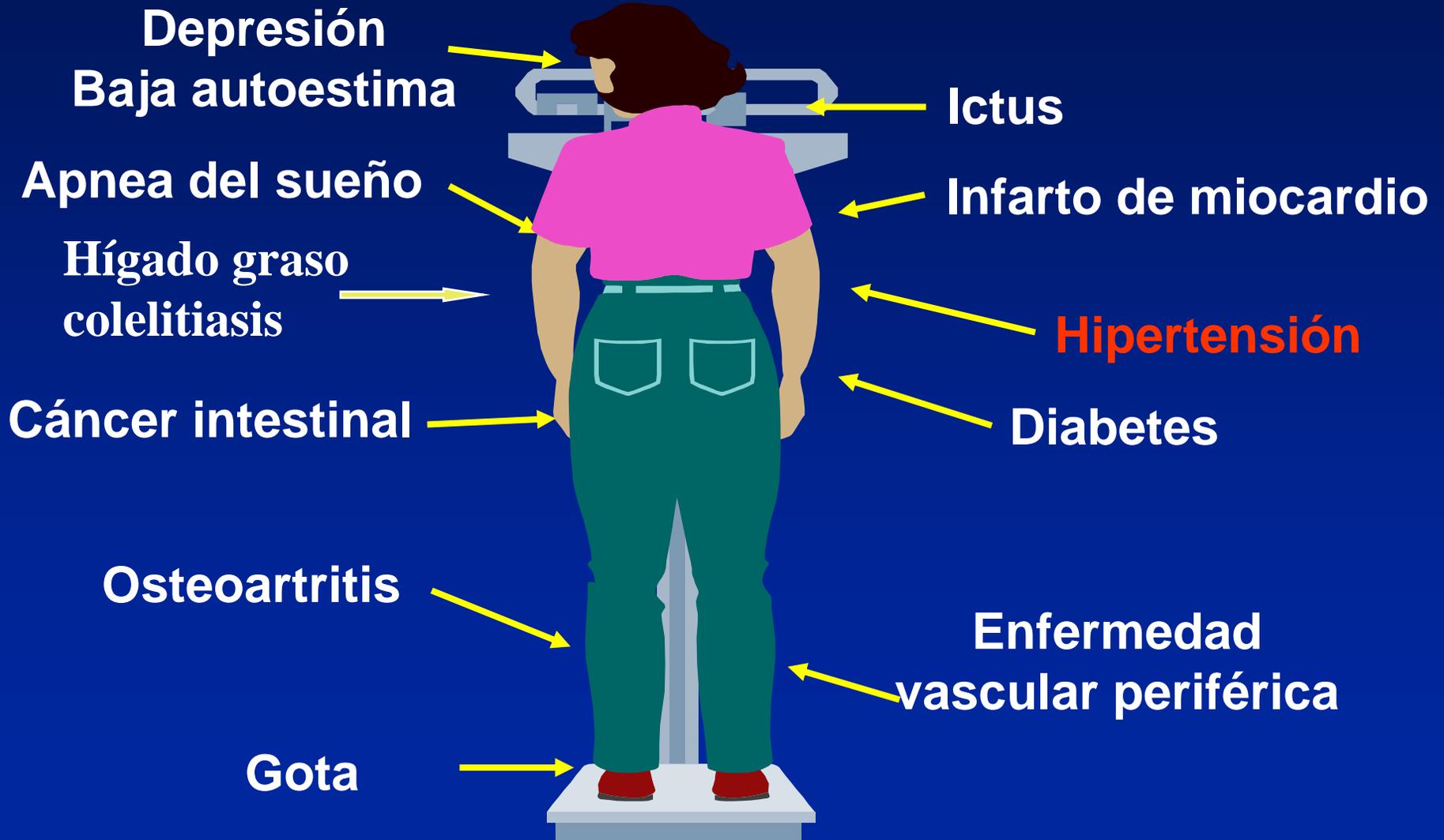
BIBLIOGRAFIA:

(consejos para adelgazar)

- **La Biblia:** Ayunar y compartir.
- **El Quijote:** Come poco y cena menos poco.
- **The Heart:** En el pasado el ayuno llevaba los cuerpos languidecientes hacia la muerte. Ahora la prosperidad les hunde en la tumba
- **Dieta japonesa:** deje la mitad en la mesa.
- **Trastornos hereditarios del tejido conectivo:** En esta época en la que la delgadez y la ectomorfia son sinónimos de una vida larga debemos hacer ahora una excepción (aludiendo al S de Marfan).



La gordura no es hermosura



EL QUE NO COME SE MUERE



Clavel de aire

ADELGAZAMIENTO

- Pérdida de peso por disminución de **tejido graso** y a veces acompañada de disminución de masa muscular
- Es signo de gravedad la pérdida de peso involuntaria **superior al 5% en menos de 3 meses.**
- No es adelgazamiento la pérdida de masa muscular (**sarcopenia**) ni la pérdida de peso por **deshidratación.**

ADELGAZAMIENTO:

- La pérdida de peso involuntaria se considera clínicamente significativa con los siguientes parámetros: (Estadística analizada de estudios naturalistas).
- 1.- Disminución $\geq 2\%$ del peso corporal en un mes.
2.- $\geq 5\%$ de disminución en tres meses.
3.- $\geq 10\%$ en seis meses.
- Esta preocupación también es cierto para las personas que tienen **sobrepeso u obesidad**. Es importante educar a todos los pacientes y sus familias para controlar la pérdida de peso y para alertar al médico de atención primaria si se produce la pérdida de peso.

(dr guide.com: Julio 2011)

ADELGAZAMIENTO:

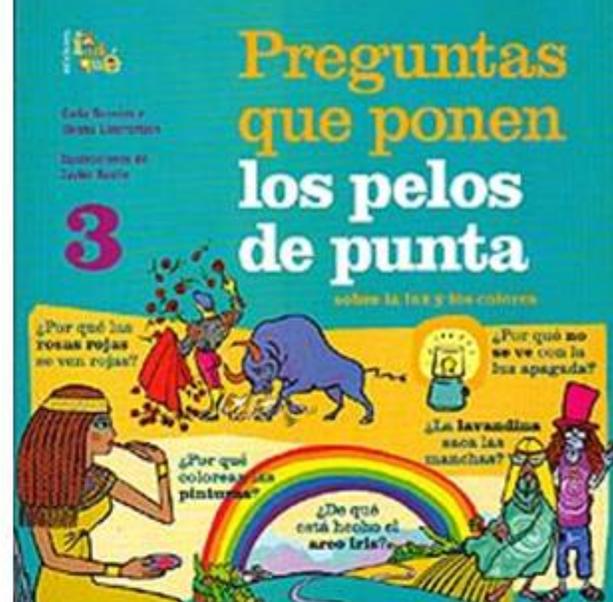
“Kilo más kilo menos.”

A la hora de evaluar el peso es necesario analizar:

- .- Relación con la ingesta.
- .- Relación con micción-defecación.
- .- Relación con sudoración.
- .- Relación con el ejercicio.
- .- Otros: Cirugía. Amputaciones.
Flebotomía.

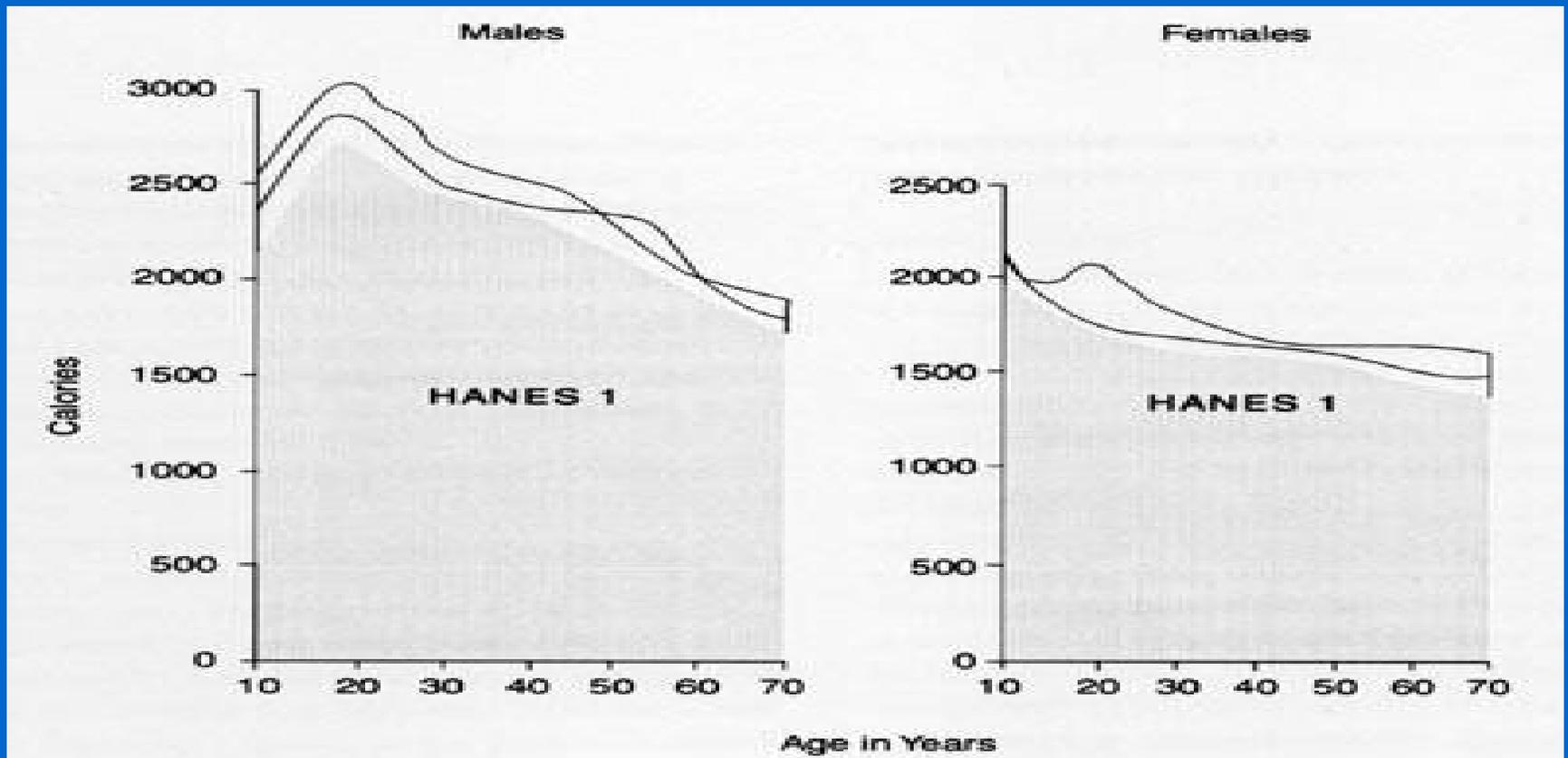
Índice de masa corporal (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en metros al cuadrado}}$$



| | Valores límite del IMC (Kg/m ²) |
|----------------------------------|---|
| Peso insuficiente | < 18,5 |
| Normopeso | 18,5-24,9 |
| Sobrepeso grado I | 25-26,9 |
| Sobrepeso grado II (preobesidad) | 27-29,9 |
| Obesidad de tipo I | 30-34,9 |
| Obesidad de tipo II | 35-39,9 |
| Obesidad de tipo III (mórbida) | 40-49,9 |
| Obesidad de tipo IV (extrema) | > 50 |

GASTO DE ENERGÍA EN RELACIÓN CON LA EDAD (NHANES)



Etiología:

1.- Adelgazamiento por disminución de la ingesta:

- a) **Falta de apetito:** Anorexia nerviosa
- b) **Alteraciones del aparato digestivo:** trastornos de la deglución, vómitos, alteraciones de la dentición.
- c) **Enfermedades incapacitantes:** demencia.
- d) **Sitofobia o rechazo a la comida:** dolor postprandial.
- e) **Malabsorción de alimentos:** parásitos intestinales o sd. de malabsorción.
- f) **Falta de aprovechamiento celular:** DM, inflamaciones y tumores.

2.- Adelgazamiento por aumento del consumo:

- a) Consumo excesivo de energía: **hipertiroidismo**, feocromocitoma, abuso de anfetaminas.
- b) **Hipercatabolismo**: sepsis, traumatismos graves.
- c) Aumento de consumo: neoplasias.
- d) Pérdida de nutrientes: enteropatía con pérdida de proteínas (**diarrea**), sd. nefrótico, **DM**.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:



- 1.- Cambios en el tamaño de los **vestidos (cinto)**.
- 2.- Confirmación de la historia por **otra persona**.
- 3.- Medidas objetivas del **peso**.
- 4.- Comparar **fotos** previas.
- 5.- Evaluar la ingesta alimentaria.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Varían en función de la pérdida de panículo adiposo:
- 1.- Depresión de la región temporal.
- 2.- Hundimiento de las mejillas (Bola de grasa de **Bichat**).
- 3.- Intenso relieve de las estructuras esqueléticas: **caquexia (estás en la Tea)** .
- 4.- Aspecto laxo de la piel en brazos y abdomen.



ATAQUES DE PÁNICO



- Historia de valoraciones por múltiples médicos.
- Referencia de múltiples alergias y/o intolerancias a casi todas las drogas.
- Estudios de aproximación diagnóstica negativos.
- **S. Barlow. Correlación con gallináceas.**
- Historia de síntomas de ansiedad.
- Respuesta positiva al Alprazolam.
- **“MUJER ENFERMA, MUJER ETERNA”**

3.- ANOREXIA

- Disminución del apetito. Es frecuente en:
 - 1.- Enf. infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, digestivas, endocrinas.
 - 2.- Insuficiencia de órganos vitales.
 - 3.- Cuadros dolorosos.
 - 4.- Tóxicos: alcohol, tabaco, drogas.
 - 5.- Fármacos.

CAQUEXIA v INANICIÓN

- Caquexia : Palabra griega
 - Kakos : mala
 - Hexis : condición
- **Características**
 - Pérdida de peso
 - Lipolisis
 - Pérdida de masa muscular
 - Anorexia
 - Náusea crónica
 - Astenia
 - Anemia
 - Anomalías del agua y electrolitos
 - Distrés psicológico

■ Criterios Diagnósticos de caquexia:

- 1.- Pérdida no intencionada de peso ($\geq 5\%$).
- 2.- Índice de masa corporal:
 - < 20 en edades < 65 años
 - < 22 en edades ≥ 65 años
- 4.- Low fat-free mass (lowest 10%)
- 3.- Albúmina < 3.5 g/dl
- 5.- Evidencia de citoquinas elevadas (p.e: PCR)

■ Caquexia en el cáncer:

- 80 % ocurre con enfermedad avanzada
- No está claro el mecanismo fisiopatológico subyacente.
- Factor pronóstico desfavorable.

Patogénesis de la caquexia :

1.- Relacionados con el huésped:

- Factores Humorales.
- Factores relacionados con el Tratamiento.
 - Quimioterapia : mucositis, náusea, vómitos, diarrea, alteración del gusto.
 - Radioterapia : enteritis, diarrea, reducción de la secreción de saliva.
 - Cirugía : malabsorción debido a gastrectomía, síndrome del intestino corto, o resección pancreática.

2.- Relacionados con el tumor:

- Mediados por el tumor.
- Problema Mecánico.
 - Neoplasias del tracto GI.

Patógenes

■ Factor humoral versus autoinmunidad.

- TNF- α
- Interleukina-1
- Interleukina-6
- Leukemia inhibitor factor (LIF)
- Ciliary neurotropic factor
- Interferon- γ (IFN- γ)
- Mediator anti-caquéctico.
- Factor modulador de lípidos(LMF)
- Factor inductor de proteolisis (PIF)

Metástasis en pared abdominal
De Ca mama

Facies felina



AL y MM



N. H. M^a José →

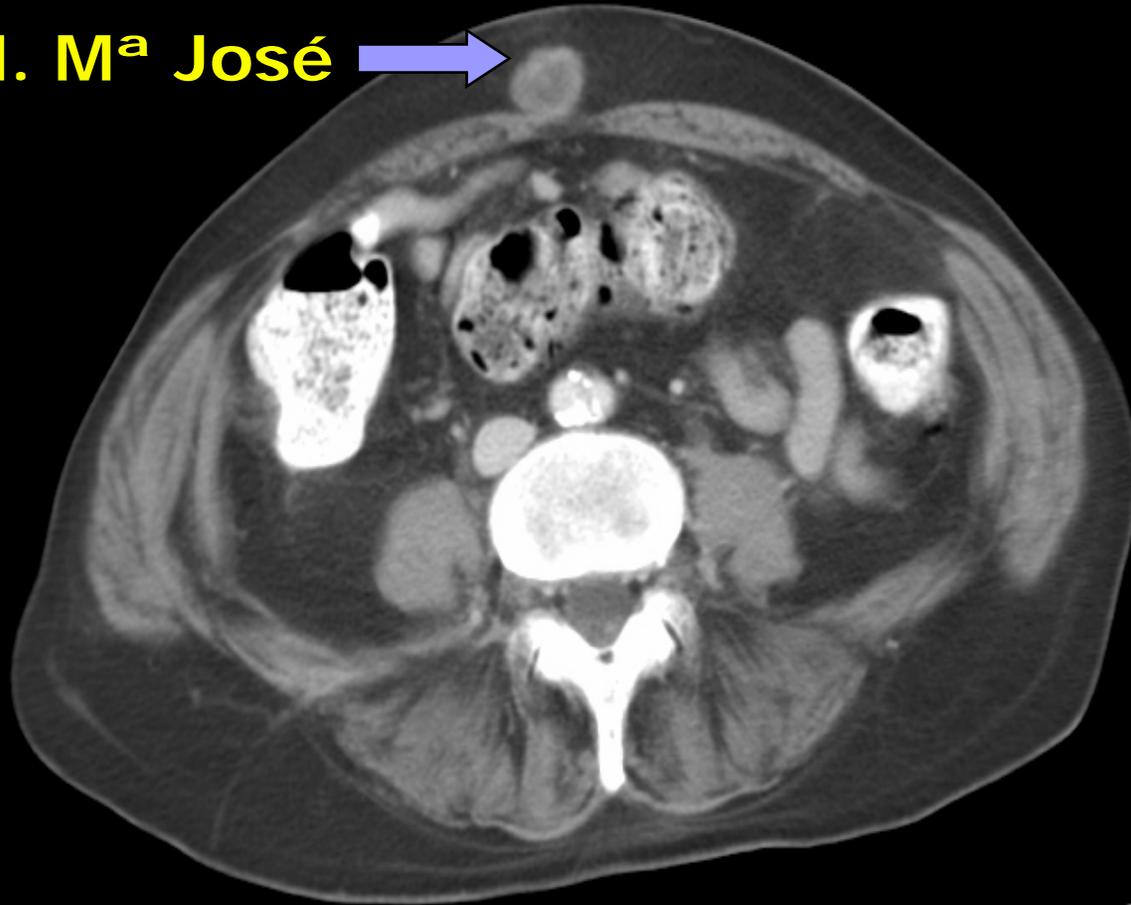




Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Se aprecia imagen extrapleurales a nivel de mediastino inferior que simula una hernia hiatal.

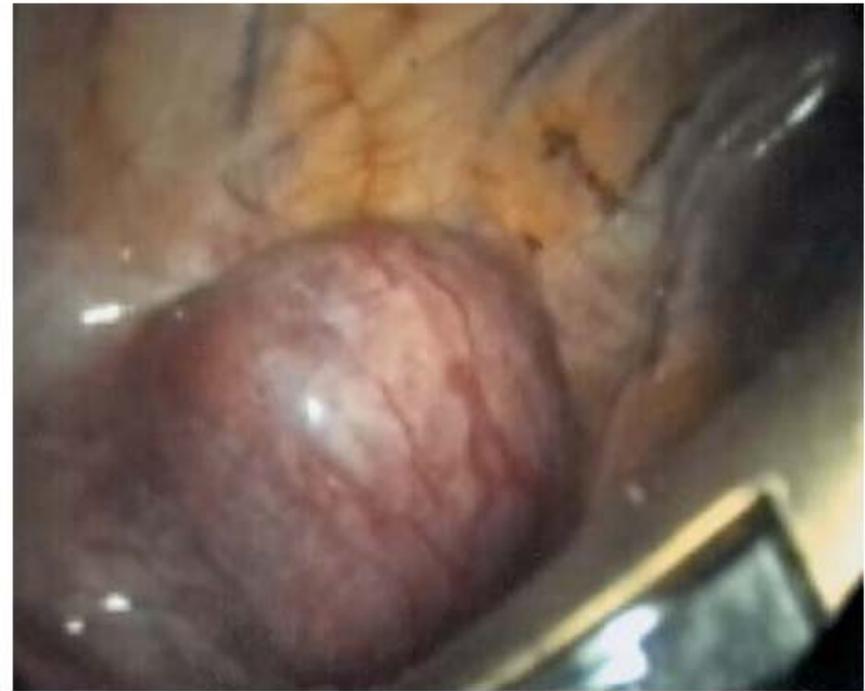
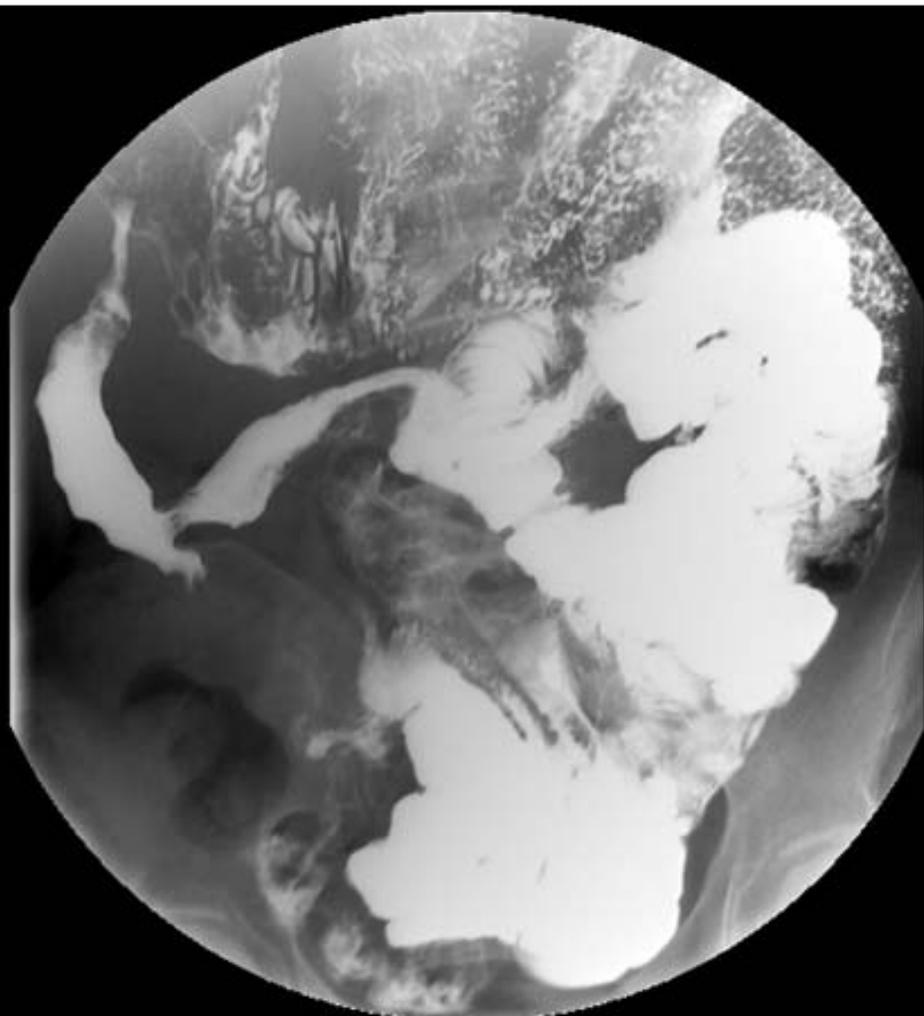


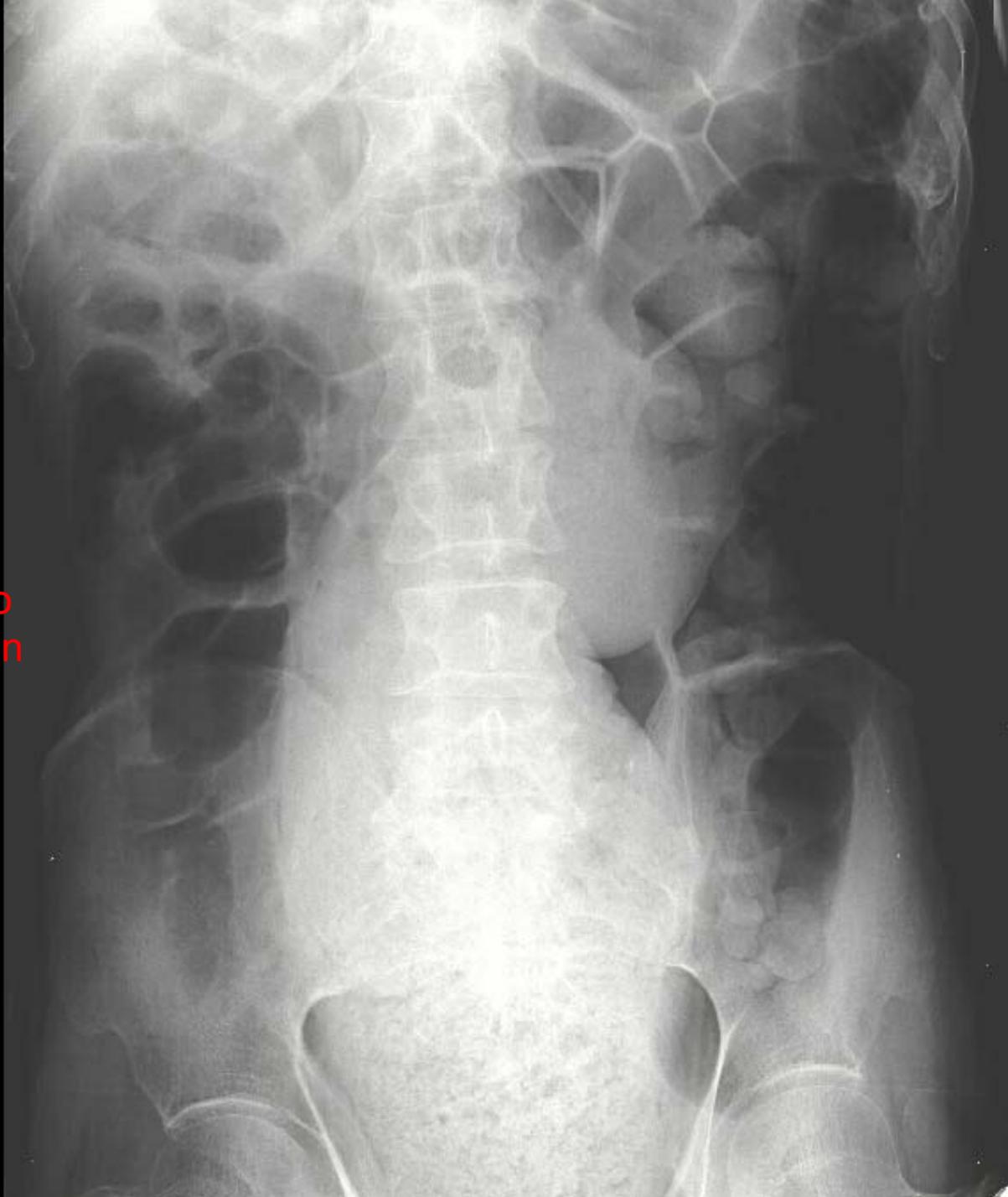
Fig. 3. Se aprecia la tumoración macroscópica, muy vascularizada, en el momento de la cirugía abierta.

Artiles Vizcaíno J, et al. Feocromocitoma torácico: presentación de un caso. *Hipertensión* 2002: 19 (8); 367-369.

Tuberculosis Diseminada



Fecaloma
Simulando
Fetopiedion





Diabetes Mellitus

SUMARIO:

- 1.- Generalidades.
- 2.- Etiología.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Pronóstico.
- 5.- Conclusiones.

Pérdida ponderal involuntaria

Pubmed: 100
Google: 1000



Cancer in De...

A prognocia...



Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance?
Christoph Metalidis, Daniël C. Knockaert, Herman Bobbaers, Steven Vanderschueren *

Original article
European Journal of Internal Medicine 19 (2008) 345–349
Department of General Internal Medicine, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium
Received 25 June 2007; accepted 26 September 2007
Available online 26 November 2007
The dia...
Steven Vanderschue...
Department of General Internal Medicine...
Received 15 July 2004; receive...

Patient weight underest...

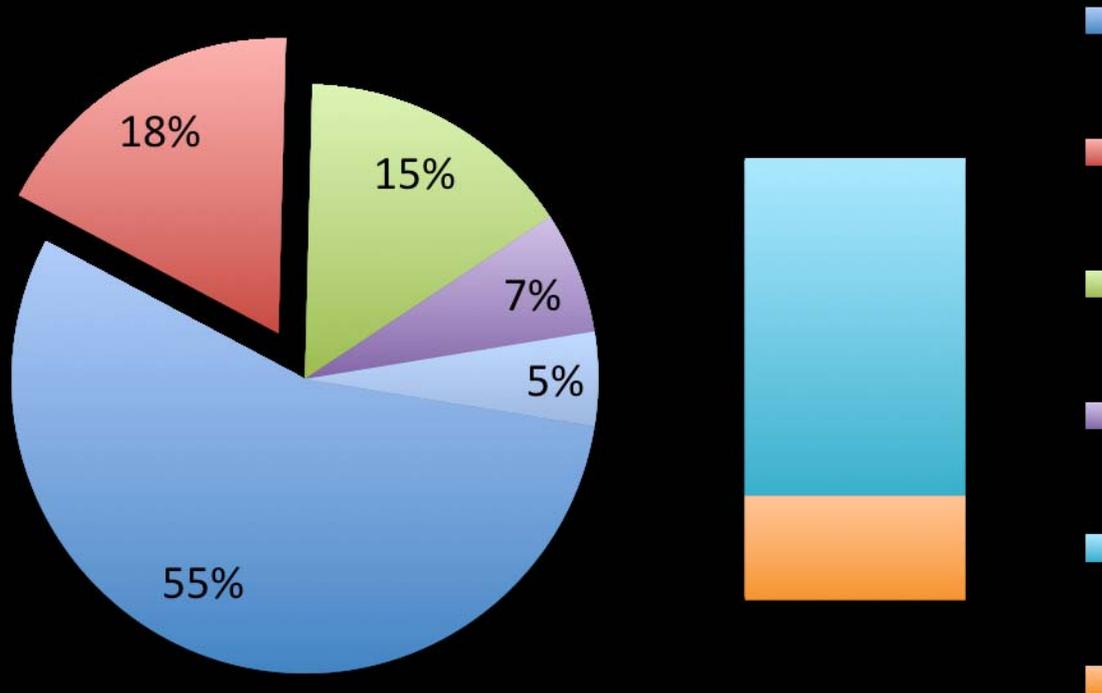
Involuntary weight loss in individual patients or overestimate study of the variat patients with cance

Unidad de Medicina Interna, Fundación Hospital Alcorcón, C/Budapest no. 1, -

Received 13 August 2001; received in revised form 17 January 2002; accepted 21 January .

Motivos de consulta:

(Hospital de día de MI del Hospital Dr Negrín)



1.- Clinical Evaluation for Cancer in Patients with Involuntary Weight Loss without Specific Symptoms

José L. Hernández, MD, José A. Riancho, MD, Pedro Matorras, MD, Jesús González-Macías, MD

- Estudio retrospectivo 1991-1994 y prospectivo durante 1995-1996.
- 35402 pacientes derivados a MI: 1211 con pérdida de peso involuntaria; 306 como único dato clínico.
- Pérdida de 5% del peso en 6 meses.

Diagnóstico

Pacientes incluidos en el estudio

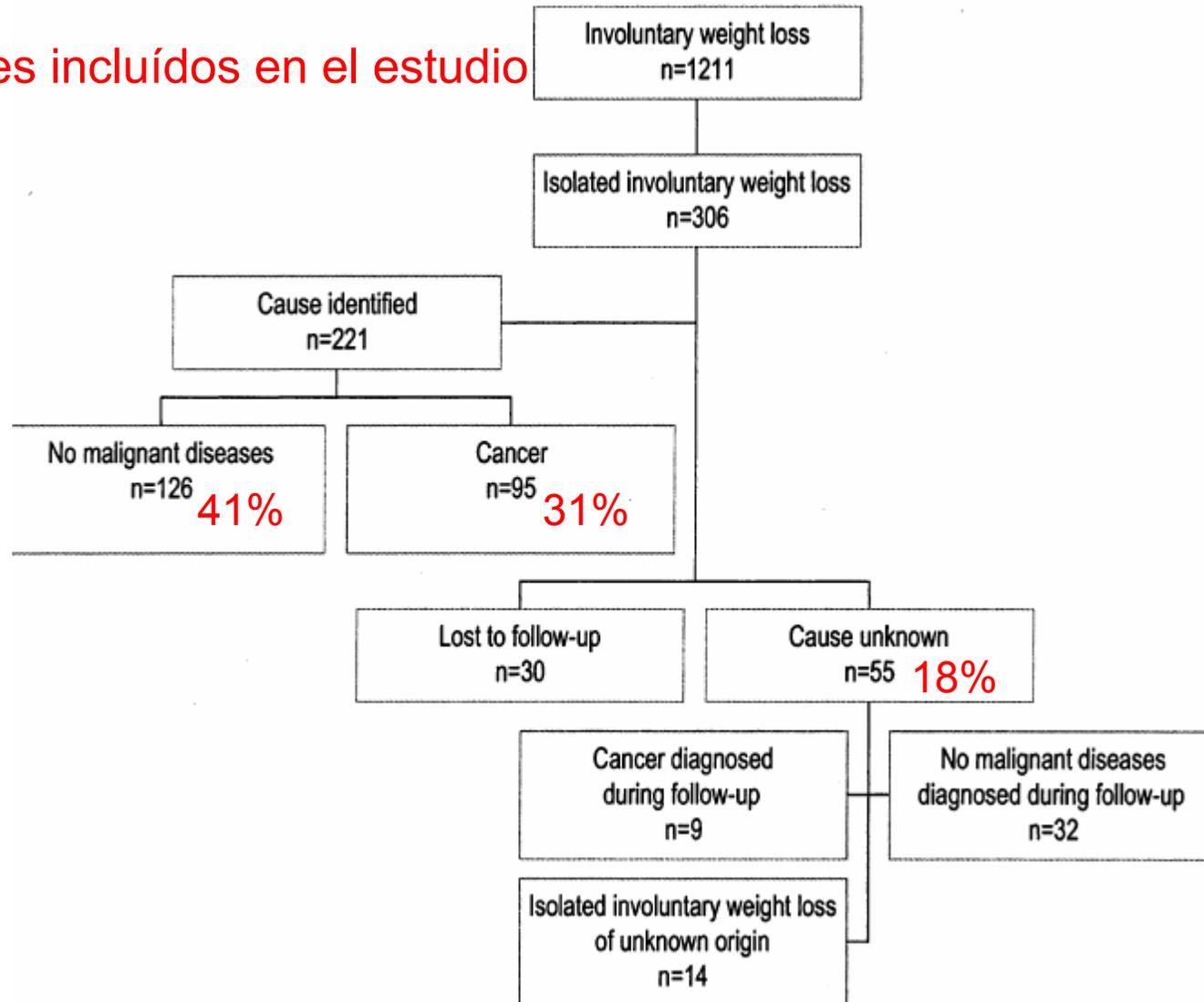


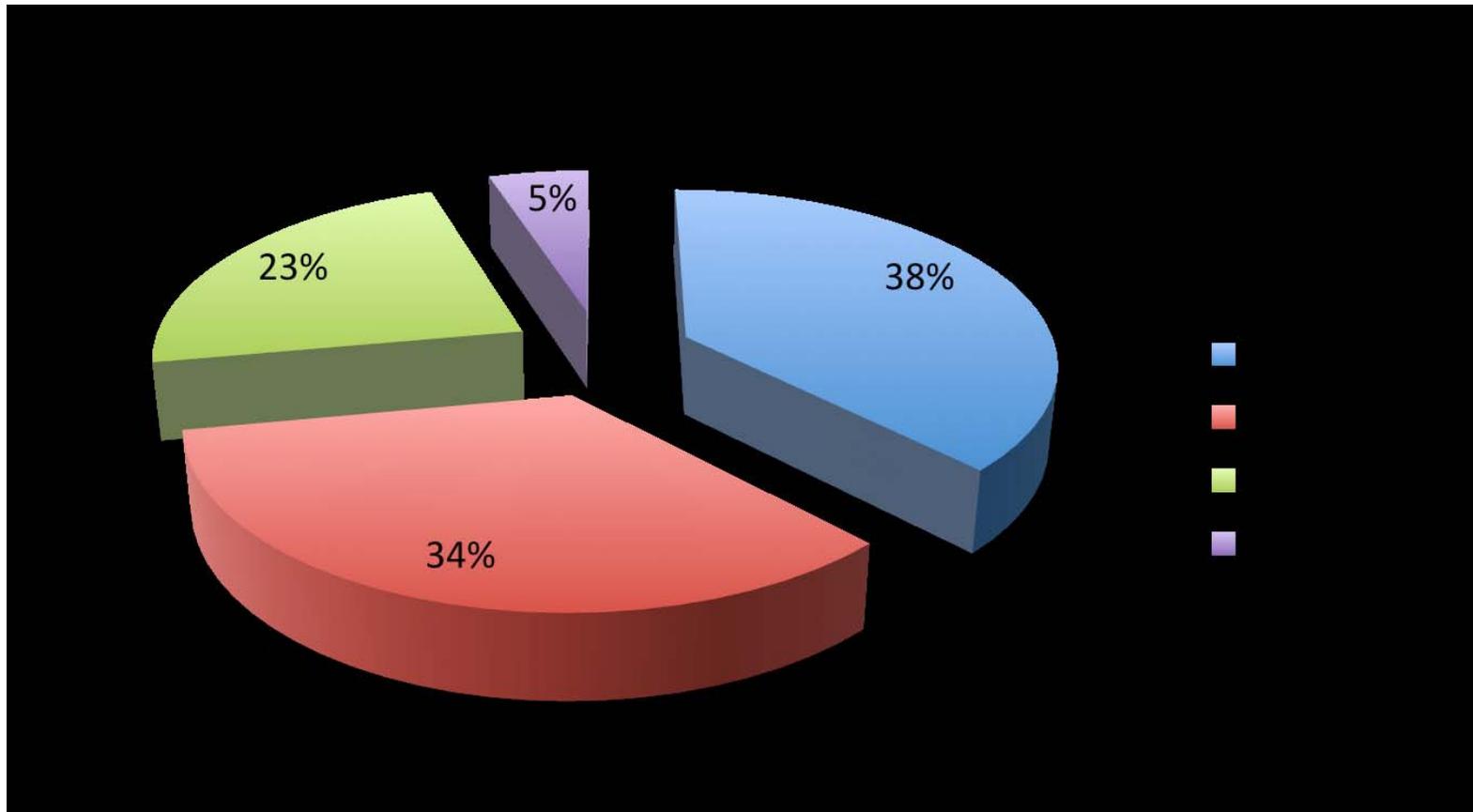
Table 1. Causes of Isolated Involuntary Weight Loss in 276 Patients

| Disease (ICD-9-CM) | Number (%) |
|--|------------|
| Unknown | 14 (5) |
| Isolated involuntary weight loss of unknown origin (780) | 14 (5) |
| Neoplasms | 104 (38) |
| Malignant esophageal, gastric, and duodenal neoplasms (150, 151, 152) | 18 (7) |
| Malignant colorectal neoplasms (153, 154) | 8 (3) |
| Malignant hepatic, biliary tract, and pancreatic neoplasms (155, 156, 157) | 30 (11) |
| Malignant neoplasms of unknown primary site (199) | 20 (7) |
| Malignant genitourinary tract neoplasms (179, 183, 185, 188, 189) | 13 (5) |
| Malignant hematologic neoplasms (200, 203, 205, 207) | 14 (5) |
| Malignant pulmonary neoplasms (162) | 1 (<1) |
| Psychiatric diseases | 63 (23) |
| Depression (311) | 51 (19) |
| Other psychiatric disorders (290, 293, 303, 306) | 12 (4) |
| Digestive system diseases | 28 (10) |
| Peptic disease (531, 532, 535) | 16 (6) |
| Inflammatory bowel disease (555) | 2 (1) |
| Chronic liver disease (571, 572) | 1 (<1) |
| Chronic pancreatitis (577) | 2 (1) |
| Abdominal wall disorders (550) | 2 (1) |
| Malabsorption disorders (579) | 2 (1) |
| Intestinal chronic vascular ischemia (557) | 1 (<1) |
| Benign digestive system tumor (211) | 2 (1) |

Causes of Isolated Involuntary Weight Loss in 276 Patients (II)

| | | |
|---|--------|--------|
| Endocrinological diseases | 22 (8) | |
| Hyperthyroidism (242) | | 17 (6) |
| Hypothyroidism (244) | | 3 (1) |
| Hyperparathyroidism (252) | | 1 (<1) |
| Benign endocrine tumor (220) | | 1 (<1) |
| Connective tissue diseases | 18 (7) | |
| Polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis (725) | | 7 (3) |
| Rheumatoid arthritis (714) | | 3 (1) |
| Connective tissue diseases (710) | | 8 (3) |
| Infectious diseases | 13 (5) | |
| Abdominal infections (003, 007, 038, 567) | | 7 (3) |
| Viral infections (070, 074) | | 1 (<1) |
| Tuberculosis (014, 015) | | 3 (1) |
| Acquired immunodeficiency syndrome (042) | | 2 (1) |
| Hematologic diseases | 6 (2) | |
| Megaloblastic anemia (281) | | 3 (1) |
| Other hematologic disorders (280, 285, 289) | | 3 (1) |
| Neurological diseases | 5 (2) | |
| Polyneuritis/neuralgia (350) | | 2 (1) |
| Other neurological disorders (333, 335, 359) | | 3 (1) |
| Genitourinary tract diseases | 3 (1) | |
| Chronic glomerulonephritis (582) | | 1 (<1) |
| Chronic pyelonephritis (590) | | 2 (1) |

Marqués de Valdecilla 1991-1996



Original article

Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: a simple score

J. Bilbao-Garay*, R. Barba, J.E. Losa-García, H. Martín, G. García de Casasola, V. Castilla, I. González-Anglada, A. Espinosa, C. Guijarro

Unidad de Medicina Interna, Fundación Hospital Alcorcón, C/Budapest no. 1, 28922 Alcorcón, Madrid, Spain

Received 13 August 2001; received in revised form 17 January 2002; accepted 21 January 2002

- Estudio prospectivo 1998-2000
- 2968 pacientes → 91 (3%) Pérdida involuntaria de peso.
- Definición: Pérdida del 5% del peso en 3 meses.

1. Complete medical history: previous diseases, psychiatric problems, and surgical procedures. Social problems (isolation, poverty, unavailability of preferred foods, inadequate education) especially in the elderly. Drug history, toxic habits, cigarette smoking, alcohol and illicit drugs

2. Physical examination: General appearance of the patient: mood and attitude. Active search for lymphadenopathy, breast and thyroid abnormalities, organomegaly or masses. Rectal and genital exam

3. Basic laboratory work: see Table 2

4. Additional tests: done as a function of the clinical data
 - (a) Abdominal CT scan and/or abdominal ultrasound if abdominal pain
 - (b) Mammography: if abnormal findings on breast examination
 - (c) Serum immunoglobulins and protein electrophoresis if hypercalcemia or increased globular sedimentation rate
 - (d) Colonoscopy (or barium enema) if iron deficiency anemia, melena or inflammatory bowel disease is suspected
 - (e) Upper endoscopy (or upper GI barium) for upper GI bleeding, or dysphagia
 - (f) ACTH test for weakness, pigmentation or hyponatremia/hyperkalemia
 - (g) Blood cultures for fever of unknown origin
 - (h) 72-h stool fat for chronic diarrhea
 - (i) Head CT for headache or neurological symptoms
 - (j) Temporal artery biopsy if giant cell arteritis is suspected
 - (k) Formal psychiatric consultation if no disease found or depressive symptoms

Protocolo (II)

Basic laboratory data for patients with involuntary weight loss

Complete blood cell count

Erythrocyte sedimentation rate

Urinalysis

Multiphase chemical screen: glucose, creatinine, SGOT, SGPT, alkaline phosphatase, bilirubin, albumin, calcium, electrolytes, cholesterol, triglycerides

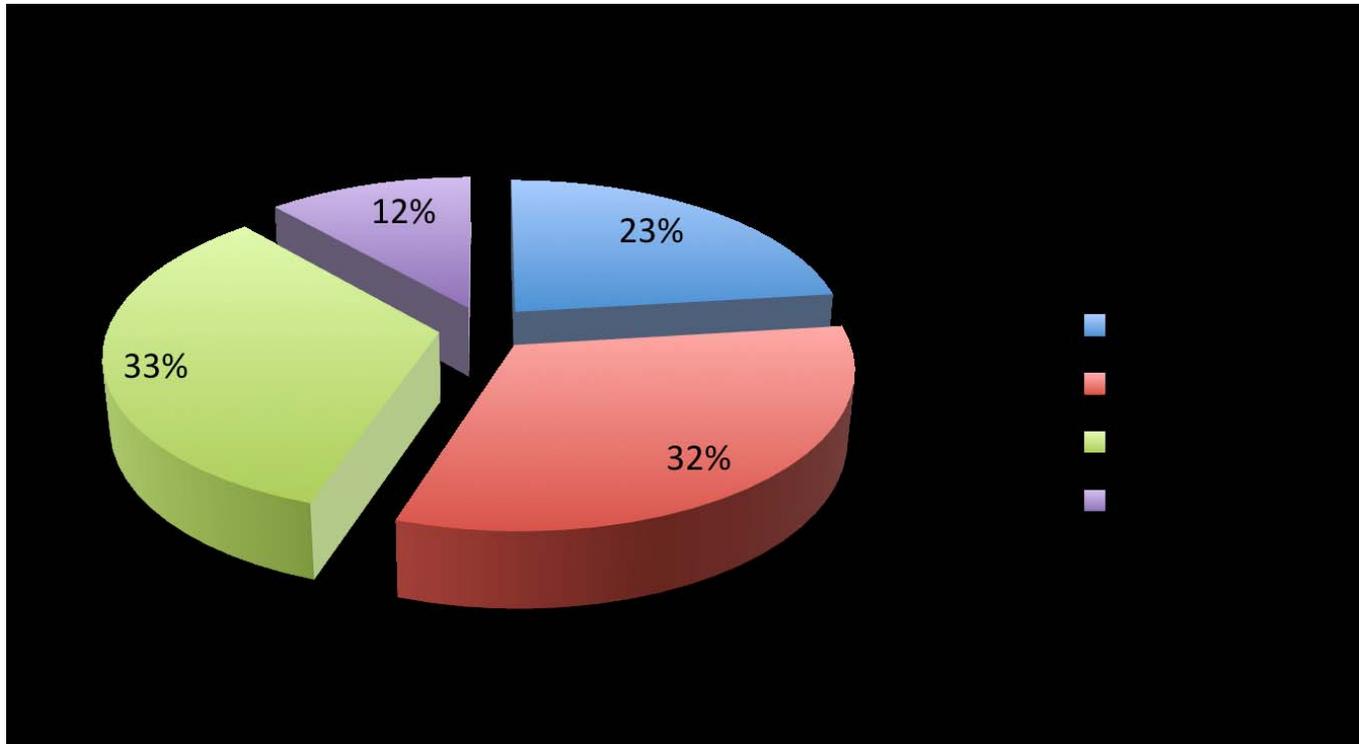
Ultrasensitive thyrotropin assay

Chest film

HIV testing if risk factors are present

Fecal occult blood testing at 40 years or older

Fundación Hospital Alcorcón 1998-2000.



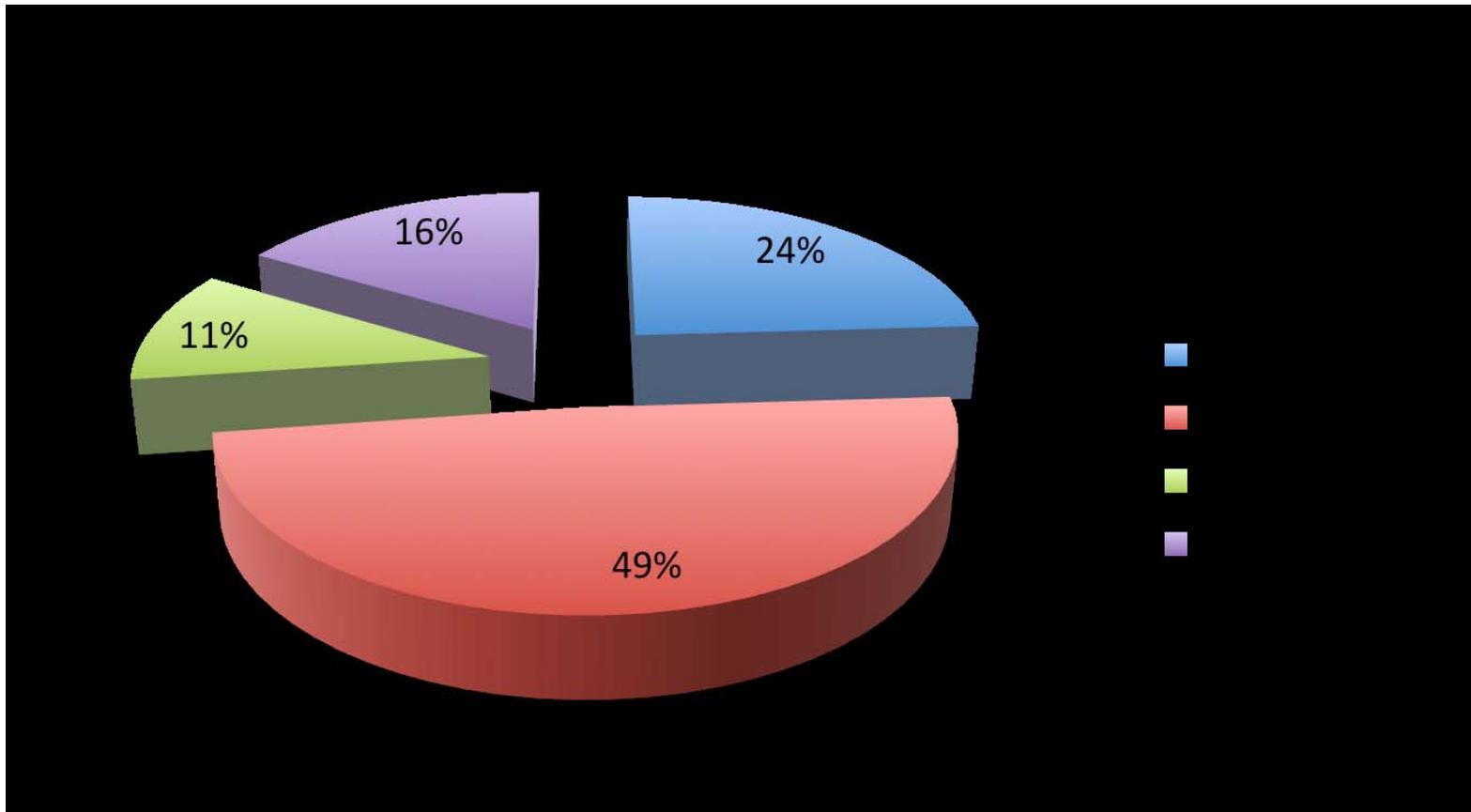
Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre

P. G. LANKISCH¹, M. GERZMANN¹, J.-F. GERZMANN¹ & D. LEHNICK^{1,2}

- Estudio prospectivo 1994-1996.
- 158 (1.3%) de los pacientes **ingresados:**
- **-Ingresado por ese motivo o se descubre esa pérdida ponderal en su evaluación.**

3.-

Municipal Clinic of Lüneburg 1994-1996.



Pérdida ponderal involuntaria:

- **Definición:**
 - La pérdida del 5% del peso en un periodo de 3-6 meses.
- **Prevalencia:**
 - Variable
 - Estudios escasos, no totalmente comparables
- **Etiología:**
 - Variable
 - Estudios escasos, no totalmente comparables

¿Cuáles son **las causas comunes** de pérdida de peso no intencionada?

- Las causas no intencionadas de pérdida de peso pueden ser clasificadas en **3 amplios grupos**:
 - 1.- Orgánicas: Cáncer y otras enfermedades médicas.
 - 2.- Psicosociales.
 - 3.- Idiopáticas (del 10-36% de los casos).

¿Cuáles son las causas más comunes de pérdida de peso no intencionada?.

- **Causas orgánicas:**
 - **Neoplasias** (16-36%):
 - La historia clínica, el examen físico y los datos de laboratorio habitualmente sugieren que la neoplasia es una causa potencial.
 - **Gastrointestinal:** (Las causas más comunes no neoplásicas de causas orgánicas, 6-19%)
 - Enfermedad péptica, EII, trastornos de la motilidad, E. hepatobiliar/pancreática, o problemas bucales.
 - **Endocrina** (4-11%):
 - DM, E. tiroidea, e insuficiencia adrenal.

¿Cuáles son las causas comunes de pérdida de peso no intencionada?

- Causas orgánicas (menos comunes)
 - Enfermedad Cardiovascular (2-9%)
 - Enfermedad Respiratoria (6%)
 - Infecciones crónicas (2-5%)
 - Enfermedad Renal (4%)
 - Efectos secundarios de drogas y/o medicamentos (2%)
 - Enfermedad neurológica (2-7%)

¿Cuáles son las causas comunes de pérdida de peso no intencionada?.

- Causas Psicológicas:

- Desorden Psiquiátrico (9-42%)

- Depresión.

- Demencia (2-5%)

- Escasa ingesta nutricional

- Debido a la pobreza o inadecuado acceso a los alimentos.

¿Cuáles son las causas comunes de pérdida de peso no intencionada?.

- Causas Psicosociales:

- La depresión y la demencia son poco reconocidas en la práctica clínica.
- A todos los ancianos con pérdida de peso debería hacersele un escrinin para:
 - 1.- Demencia con el MMSE.
 - 2.- Depresión con la Escala de Depresión geriátrica.
- El escrinin para malnutrición con una de esas herramientas validadas, en la página:
www.dietitians.ca/seniors/index.asp

SUMARIO:

- 1.- Generalidades.
- 2.- Etiología.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Pronóstico.
- 5.- Conclusiones.

Diagnóstico:

- Historia clínica Completa
- Laboratorio estándar
- TSH
- SOH – VIH - VC VITAMINA B12
- EKG
- Rx de Tórax
- Eco Abdominal

Two Types of Exam

- The “Full Service” Exam
 - “The Works”
 - Mostly done by medical students
- The Focused Exam
 - Brief and to the point
 - What most physicians do every day

Rx Tórax:

- El Tórax como receptor y emisor de patología:

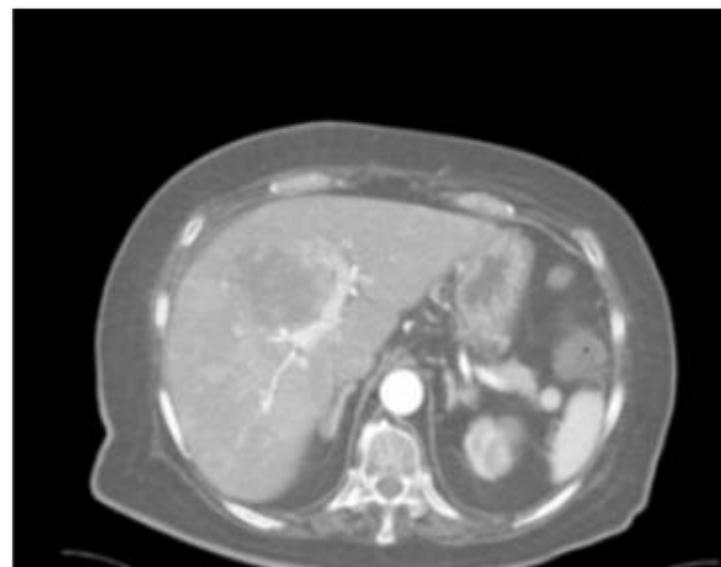
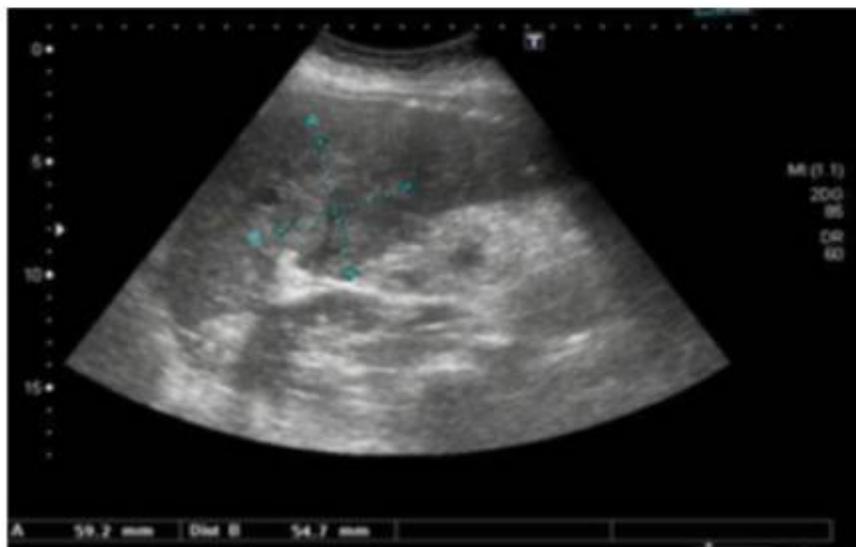
(Miguel Servet).

- ETV
- Metástasis
- Gérmenes



Eco abdominal

Neoplasia neuroendocrina pancreática



Diagnósticos:

| | Hernández 03 | Bilbao 02 | Lankisch 01 | Marton 81 | Rabinovitz 86 |
|--------------------|----------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Estudio | Mixto n=328 | Prospectivo n=78 | Prospectivo n=158 | Prospectivo n=91 | Retrospectivo n=154 |
| Área | Mixta | Mixta | Ingresados | Ingresados | Ingresados |
| Definición | 5% 6M | 5% 3M | 5% 6M | 5% 6M | 5% |
| Aislado | Si | No | | NS-NC | NS-NC |
| Cáncer | 38% | 23% | 24% | 19% | 36% |
| Médicas | 34% | 32% | 49% | 45% | 30% |
| Psiquiátricas | 23% | 33% | 11% | 9% | 10% |
| Sin Diagnóstico | 5% | 11% | 16% | 26% | 23% |

Diagnósticos:

| | Hernández 03 | Bilbao 02 | LanKisch 01 | Marton 81 | Rabinovitz 86 |
|---------|----------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Estudio | Mixto n=328 | Prospectivo n=78 | Prospectivo n=158 | Prospectivo n=91 | Retrospectivo n=154 |
| Área | Mixta | Mixta | Ingresados | Ingresados | Ingresados |
| Def | 5% 6M | 5% 3M | 5% 6M | 5% 6M | 5% |
| Aislado | Si | No | No | NS-NC | NS-NC |
| Cáncer | 38% | 23% | 24% | 19% | 36% |
| | | | | | |

Diagnósticos:

| | Hernández 03 | Bilbao 02 | LanKisch 01 | Marton 81 | Rabinovitz 86 |
|---------|----------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Estudio | Mixto n=328 | Prospectivo n=78 | Prospectivo n=158 | Prospectivo n=91 | Retrospectivo n=154 |
| Área | Mixta | Mixta | Ingresados | Ingresados | Ingresados |
| Def | 5% 6M | 5% 3M | 5% 6M | 5% 6M | 5% |
| Aislado | Si | No | No | NS-NC | NS-NC |
| Cáncer | 38% | 23% | 24% | 19% | 36% |
| G-I | 53% | 27% | 52% | 17% | 44% |
| Hemato | 13% | 27% | 10% | - | - |

Guías de actuación:

- **No existen:**
- Los estudios sobre el tópico son raros, así como los **algoritmos o las guías** que orientan a la aproximación diagnóstica, si bien algunos **sistemas de puntuación clínica** han sido elaborados (Metalidis et al, 2008).

¿Cuándo sospechar una neoplasia?

- 1.- Tablas de puntuación.
 - 1.- Hernández JL et al 2003⁽¹⁾.
 - 2.- Bilbao-Garay et al 2002⁽²⁾.
- 2.- Protocolo "estándar".

(1) Involuntary weight loss without specific symptoms: a clinical prediction score for malignant neoplasm. Q J Med 2003

(2) Assesing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: a simple score. Eur J of Int Med. 2002

Puntuaciones de neoplasia (1)

Table 3 Variables included in the multivariate regression model for malignant neoplasm (derivation set, $n = 256$)

| Variable | OR (95%CI) | <i>p</i> |
|---------------------------------------|-----------------|----------|
| Age >80 years | 3.4 (1.1–9.7) | 0.016 |
| WBC > 12 000 cells/mm ³ | 3.6 (1.3–10.1) | <0.0001 |
| Serum albumin > 3.5 g/dl | 0.15 (0.07–0.3) | <0.0001 |
| Serum alkaline phosphatase > 300 U/l | 11.9 (3.9–36.2) | <0.00001 |
| Serum lactate dehydrogenase > 500 U/l | 12.5 (3.9–39.8) | <0.00001 |

Table 4 Scoring system for malignant neoplasm in the setting of isolated involuntary weight loss

| Variable | Points |
|--|--------|
| Age >80 years | +1 |
| Serum albumin > 3.5 g/dl | -2 |
| White blood count > 12 000/mm ³ | +1 |
| Alkaline phosphatase > 300 U/l | +2 |
| Lactate dehydrogenase > 500 U/l | +3 |

- <0 Baja Prob.
- 0-1 Intermedia
- >1 Alta Prob.

Scores de **organicidad** (2)

Clinical prediction rule for calculating the organic disease risk in patients with involuntary weight loss

| Clinical variables | Score |
|----------------------------------|-------|
| Age (>50 years) | +3 |
| Smoking | +2 |
| Presence of guide symptoms | +1 |
| Presence of psychiatric symptoms | -4 |
| Anemia | +1 |

- > 3 Alta probabilidad
- 1-3 Moderada probabilidad
- < 1 Baja probabilidad

Sensibilidad: 94%

Especificidad: 68%

¿Cuándo sospechar una neoplasia?

- **Tablas de puntuación.**
 - Hernández JL et al 2003.
 - Bilbao-Garay et al 2002.
- **Protocolo “estándar”**
 - Metalidis et al 2008⁽³⁾
 - Estudio retrospectivo Belga (2004-2006).
 - Se definió un estudio básico.

Estudio Básico Metalidis 08

- HC
- Laboratorio
 - PCR, Hb, Leucos, Plaquetas, AST, ALT, LDH, FA, Albúmina y Ferritina.
 - Función renal, Glucemia basal, TSH, urianálisis.
- Rx Tórax
- Ecografía abdominal

Causes of involuntary weight loss in 101 patients

Diagnosis Number

Organic disorders 57

• Malignancies • 22

Gastrointestinal tract 10

Haematological 4

Renal cell carcinoma 3

Respiratory tract 2

Prostate cancer 1

Cervix cancer 1

Unknown primary 1

• Non-malignant organic disorders • 35

Gastrointestinal disorders 15

Infectious diseases 8

Cardiopulmonary disorders 5

Systemic inflammatory disorders 4

Endocrinological disorders 2

Medication abuse 1

No organic diagnosis 44

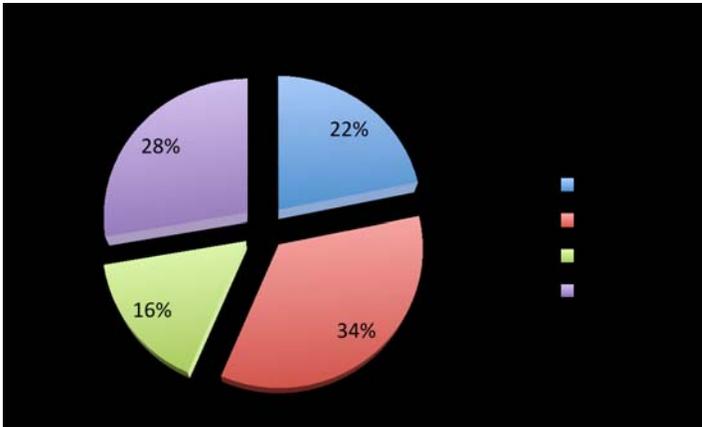
• Uncertain cause • 28

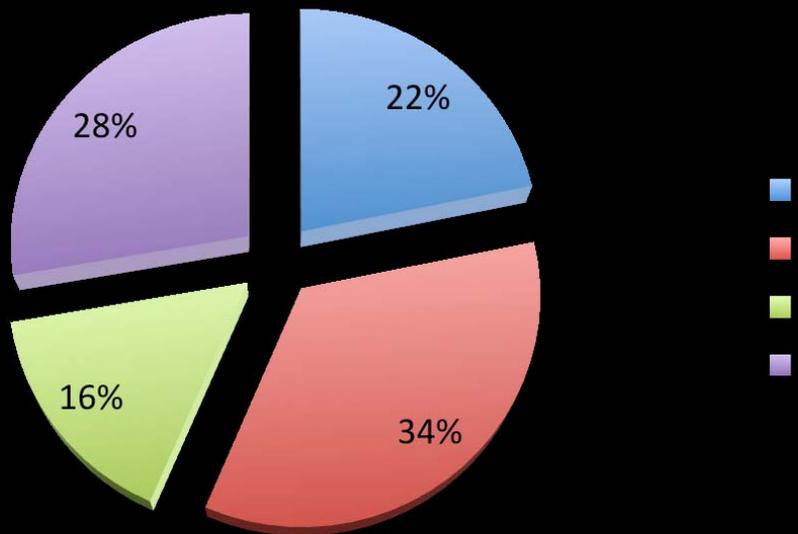
• **Psychiatric disorders • 16**

Depression 8

Anxiety 5

Dementia 3





| | Básico normal | Básico alterado |
|---------------------|----------------------|------------------------|
| Neoplasia | 22 | 22 |
| Médica* | 34 | 35 |
| Psiquiátrica/Sin dx | 45 | 45 |

* Un caso de intolerancia a lactosa

SUMARIO:

- 1.- Generalidades.
- 2.- Etiología.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Pronóstico.
- 5.- Conclusiones.

Evolución:

Mortalidad según grupo diagnóstico

| Mortalidad | Metalidis 08 | Bilbao-Garay 02 | Lankisch 01 |
|---------------|--------------|-----------------|-------------|
| Período | 6 meses | 6 meses | 3 años |
| Neoplasias | 55% (12) | 23% | 79% |
| Médicas | 6% (2) | | 19% |
| Psiquiátricas | 5% (2) | 4% | 8% (2) |
| Sin dx | | | |

Síndrome constitucional

- Muchas veces es un **SÍNDROME OSCURO** (25%), y con mal pronóstico.

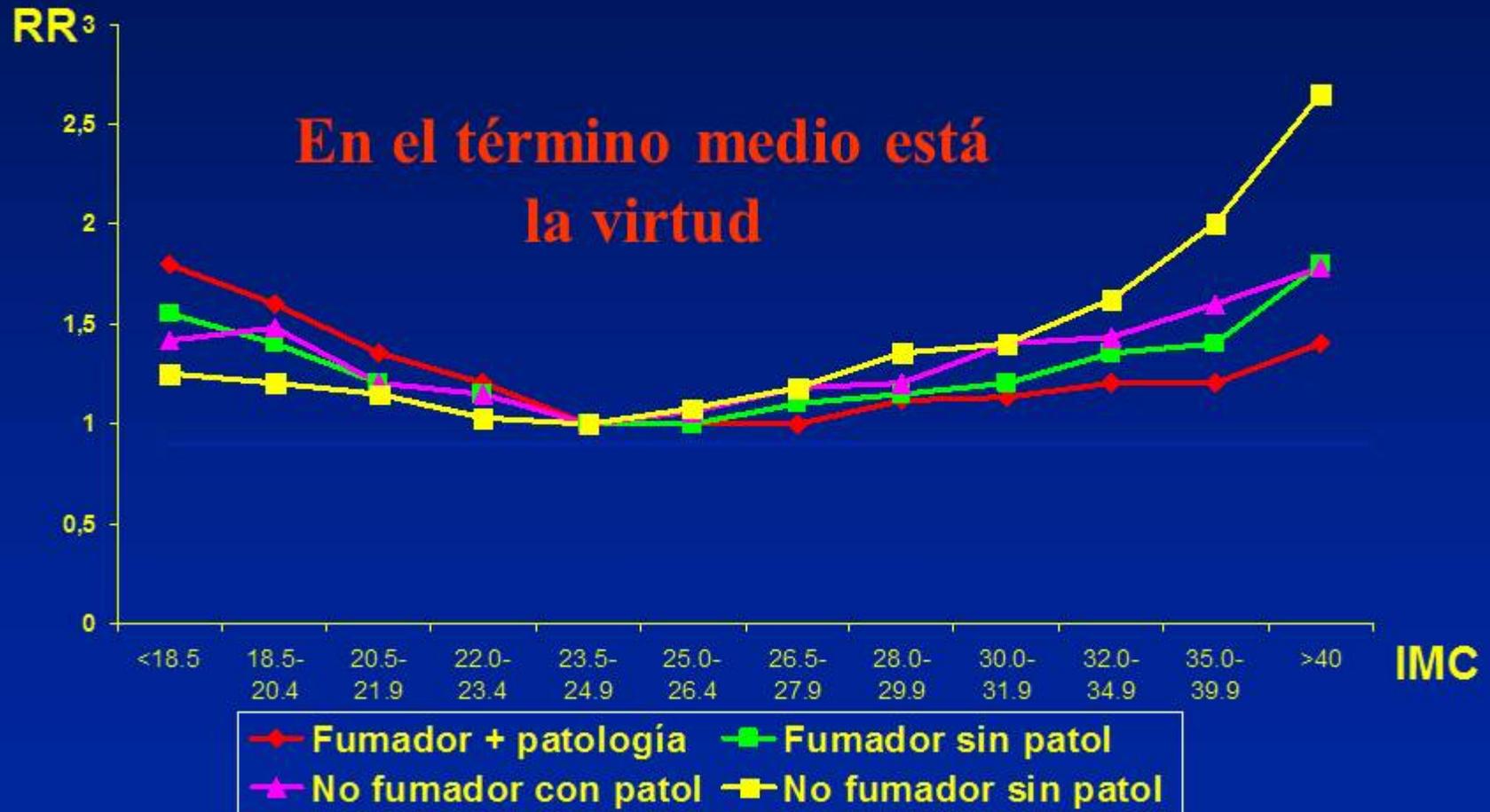
- **Parábola**



Cada día verás menos funcionales...



RR de muerte por todas las causas en hombres según IMC, tabaco y patología

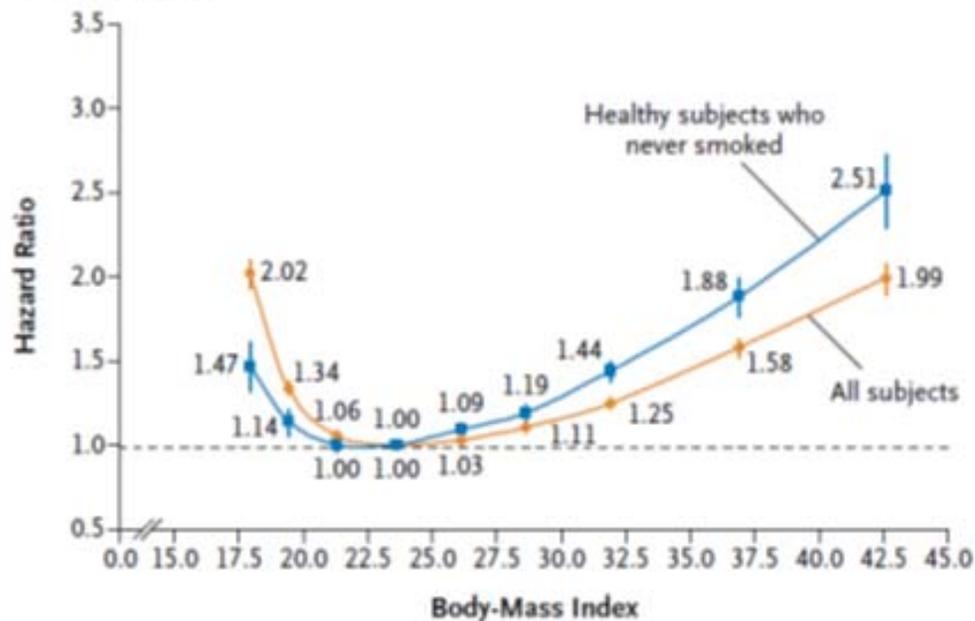




RR de muerte por todas las causas en mujeres según IMC, tabaco y patología



A White Women

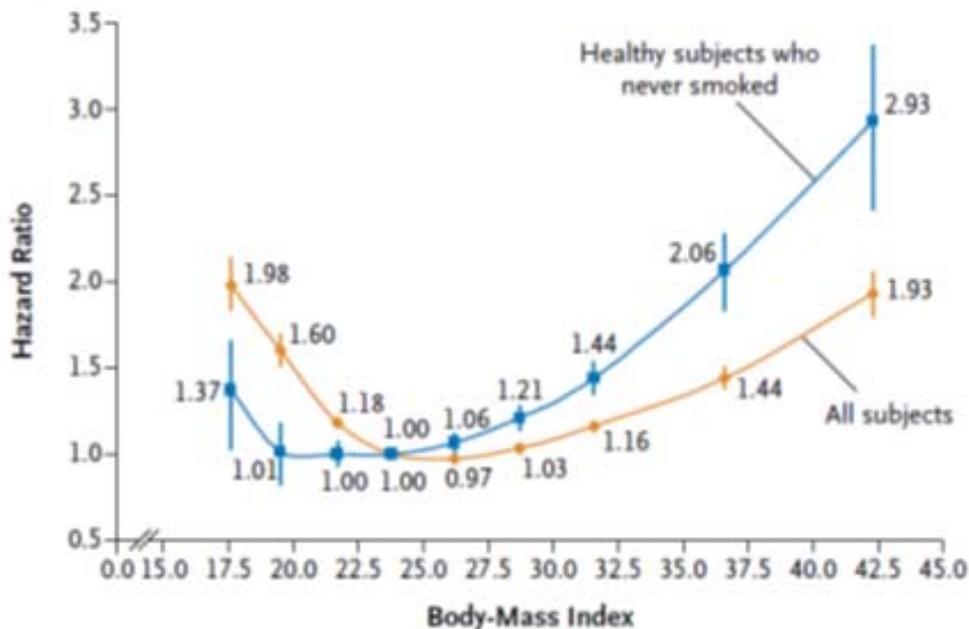


Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults
Berrington de Gonzalez A et al.

N Engl J Med 2010;363:2211-9

Estimated Hazard Ratios for Death from Any Cause According to Body-Mass Index for All Study Participants and for Healthy Subjects Who Never Smoked.

B White Men



SUMARIO:

- 1.- Generalidades.
- 2.- Etiología.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Pronóstico.
- 5.- Conclusiones.

Knowledge - Something you know.

Skills - Something you do.

Attitudes - Something you have:

Patient and physician alike want to exclude Malignant and other major organic illness.

Metelidis C et al.

Conclusiones:

- 1.- Aproximadamente **el 25%** de las pérdidas ponderales involuntarias pueden representar **una neoplasia**.
- 2.- Estas neoplasias, **casi siempre**, serán de origen **gastrointestinal o hematológicas**.
- 3.- Una valoración inicial normal excluye razonablemente el diagnóstico de enfermedad neoplásica.
- 4.- En caso de no encontrar diagnóstico, el seguimiento, sin ampliar estudios, parece una actitud razonable (**revisiones periódicas**).

The end

thank you

**LO UNICO QUE PIDO AL TERMINAR ESTA VIDA ES NO SER
ENTERRADO VIVO**

